

Autorización para Divulgar / Revelar Información Médica Protegida

Steve Truman DDS Inc (D Street Dental) · Autorización del paciente para usar o divulgar información médica protegida (PHI).

Nota de producción (no imprimir en la copia del paciente): Antes de usar este formulario, quien genere el PDF final DEBE componer todo el cuerpo de la autorización — incluidas las Secciones 5 (consentimientos para información sensible) y 8 (firma) — en un tipo de letra no menor a **14 puntos**, para cumplir con el Código Civil de California §56.11. Verifique que el documento final realmente mida 14 puntos o más antes de distribuirlo. Si no lo hace, la declaración de la CMIA en la Sección 8 es afirmativamente falsa y el formulario no debe usarse.

Use este formulario cuando: desee que enviemos o recibamos sus registros dentales, o que compartamos su información con otro proveedor, un familiar, un abogado, una aseguradora o cualquier otra persona que usted indique. Por favor escriba con letra clara. Si un espacio en blanco no aplica a su caso, escriba "N/A."

Consultorio (la parte autorizada para hacer esta divulgación): Steve Truman DDS Inc (D Street Dental) 1099 D Street, San Rafael, CA 94901 Teléfono: (510) 883-3011 Fax: —

1. Información del Paciente

Nombre completo del paciente (en letra de molde):	_____
Fecha de nacimiento:	__ / __ / __
Dirección:	_____
Teléfono:	___ Correo electrónico: _____
N.º de expediente / historia clínica del paciente:	_____ (uso de la oficina)

2. Quién Puede Recibir Mi Información

Autorizo a **Steve Truman DDS Inc (D Street Dental)** a divulgar/revelar la información descrita a continuación a la siguiente persona u organización:

Nombre de la persona/entidad que recibirá la información:	_____
Relación conmigo (si es una persona):	_____
Dirección:	_____
Teléfono:	___ Fax / Correo electrónico: ___

Si desea que **recibamos** registros **de** otro proveedor para incorporarlos a su expediente, indique también ese proveedor aquí: _____ (Les enviaremos una copia de esta autorización firmada como su solicitud para que nos divulguen sus registros.)

3. Qué Información Estoy Divulgando (descripción específica y significativa)

Marque cada elemento que desea divulgar. Esta es una descripción específica y significativa de la información que se usará o divulgará.

- ☐ **Expediente dental completo** (notas clínicas, exámenes, diagnósticos, historial de tratamiento)
- ☐ **Radiografías / imágenes** (radiografías, fotografías, escaneos, CBCT)
- ☐ **Plan de tratamiento** (tratamiento propuesto y completado)
- ☐ **Registros de facturación / financieros** (estados de cuenta, pagos, reclamaciones de seguro)
- ☐ **Solo registros de este rango de fechas:** desde ___ / ___ / ___ **hasta** ___ / ___ / ___
- ☐ **Otro (describa específicamente):** _____

Nota sobre registros sensibles: Las categorías anteriores **no** divulgan por sí solas la información especialmente protegida que se enumera en la Sección 5 (resultados de VIH/SIDA, información de salud mental o registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias). Para divulgar cualquiera de esos, debe completar también el consentimiento correspondiente en la Sección 5. Esta autorización tampoco cubre las notas de psicoterapia — vea la Sección 5.

4. Propósito de Esta Divulgación (describa cada propósito)

- ☐ **A solicitud mía** ("a solicitud del individuo" — no se requiere más explicación)
- ☐ Tratamiento continuo o nuevo / derivación a otro proveedor
- ☐ Seguro, beneficios o reclamaciones
- ☐ Asunto legal / mi abogado
- ☐ Compartir con un familiar u otra persona de mi confianza

- ☐ Otro (describa): _____

5. Información Sensible — Se Requiere un Consentimiento Separado

Cierta información tiene protección legal adicional. **NO** divulgaremos ninguna de las categorías a continuación a menos que usted opte específicamente por incluirla aquí marcando la casilla **y** escribiendo sus iniciales. Dejar una casilla en blanco significa que ese tipo de información **no** se divulgará. Cada consentimiento a continuación divulga esa información **únicamente al destinatario que usted indicó en la Sección 2.**

Resultados de pruebas de VIH / SIDA (Código de Salud y Seguridad de California §120980)

- ☐ Autorizo la divulgación de los resultados de mis pruebas de VIH/SIDA **específicamente a la persona u organización indicada en la Sección 2.** Entiendo que mis resultados de VIH/SIDA se divulgarán a ese destinatario indicado. Iniciales del paciente: _____

Información de salud mental (no incluye las notas de psicoterapia — vea más abajo)

- ☐ Autorizo la divulgación de mi información y registros de salud mental **específicamente al destinatario indicado en la Sección 2.** Entiendo que esto **no** autoriza la divulgación de las notas de psicoterapia. Iniciales del paciente: _____

Las notas de psicoterapia NO están cubiertas por este formulario. Conforme a la ley federal (45 CFR §164.508 y la definición en 45 CFR §164.501), las notas de psicoterapia — las notas de un profesional de salud mental que analizan o documentan una sesión privada de consejería, conservadas por separado del resto del expediente — requieren su **propia autorización separada e independiente** y no pueden divulgarse usando este formulario. Esta autorización **no** divulga las notas de psicoterapia. Si desea que se divulguen, solicítenos una autorización separada para notas de psicoterapia.

Registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (alcohol/drogas) (ley federal, 42 CFR Part 2)

- ☐ Autorizo la divulgación de los registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias protegidos por 42 CFR Part 2 **específicamente al destinatario indicado en la Sección 2.** Iniciales del paciente: __ **Nombre del programa Part 2 que creó estos registros (si no es este consultorio):** _____ **Propósito específico de esta divulgación de trastornos por consumo de sustancias (obligatorio — p. ej., "para mi tratamiento," "para el pago," u otra razón indicada):** _____

¿Acaso D Street Dental conserva registros Part 2? Un consultorio dental general por lo general **no** crea ni mantiene registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias cubiertos por 42 CFR Part 2. Si el consultorio no conserva ninguno de tales registros, este consentimiento de trastornos por consumo de sustancias no aplica y puede dejarse en blanco. **El abogado debe confirmar si conviene conservar esta sección.**

Aviso obligatorio para registros de trastornos por consumo de sustancias (42 CFR Part 2): Esta información se le ha divulgado a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Part 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación posterior de información que identifique a un paciente como que tiene o ha tenido un trastorno por consumo de sustancias, ya sea directamente, mediante referencia a información disponible públicamente, o mediante la verificación de dicha identificación por otra persona, a menos que la divulgación posterior esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido de otro modo por 42 CFR Part 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo **NO** es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar respecto de un delito a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, salvo según lo dispuesto en los §§ 2.12(c)(5) y 2.65.

6. Vencimiento

Esta autorización vence en lo primero que ocurra de lo siguiente:

- [] **Fecha:** __ / __ / __
- [] **Evento:** _____ (Use un evento claro y definido — por ejemplo, "cuando el nuevo proveedor haya recibido mis registros," o "60 días después de que se cierre mi asunto legal." Los eventos vagos que no tienen una fecha de finalización clara podrían no ser exigibles.)

Si deja en blanco tanto la fecha como el evento, esta autorización vence automáticamente UN (1) AÑO a partir de la fecha en que la firme.

(California exige que una autorización tenga un vencimiento. Un año es la política predeterminada de este consultorio, no un mínimo legal — el abogado puede establecer un valor predeterminado distinto.)

7. Mis Derechos — Por Favor Lea Antes de Firmar

Derecho a revocar. Puedo cancelar (revocar) esta autorización en cualquier momento. Para hacerlo, debo presentar mi solicitud **por escrito** y enviarla o entregarla a: **Dr. Steve Truman**, Steve Truman DDS Inc (D Street Dental), 1099 D Street, San Rafael, CA 94901. Mi revocación entra en vigor cuando el consultorio la recibe. **Excepciones:** (1) la revocación no anulará ninguna acción que el consultorio ya haya tomado basándose en esta autorización antes de recibir mi revocación escrita; y (2) la revocación **no** alcanza a la información que ya se haya divulgado — una vez que la información ha salido del consultorio, no se puede recuperar. Los registros de categorías sensibles de la Sección 5 pueden tener sus propias reglas separadas de revocación y nueva divulgación conforme a la ley estatal y federal (por ejemplo, los registros de trastornos por consumo de sustancias conforme a 42 CFR Part 2).

Sin condicionamiento del tratamiento. El consultorio **no** condicionará mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud ni elegibilidad para beneficios a que yo firme esta autorización.

Posible nueva divulgación. La información divulgada conforme a esta autorización puede ser **vuelta a divulgar por la persona u organización que la reciba** y, de ser así, podría **dejar de estar protegida** por las reglas federales de privacidad de HIPAA. (Cierta información — como las categorías sensibles de la Sección 5 — puede tener protecciones adicionales de nueva divulgación conforme a la ley estatal y federal.)

Si alguien firma en mi nombre. Si un representante personal, padre/madre o tutor firma este formulario en mi nombre (Sección 8), el consultorio puede exigir prueba de la autoridad legal de esa persona — como un poder notarial, una orden de tutela o curatela, o un certificado de nacimiento de un menor — antes de divulgar mis registros.

Menores y atención con autoconsentimiento. Conforme a la ley de California, ciertos menores pueden consentir legalmente a su propia atención — por ejemplo, tratamiento de salud mental (Código de Familia §6924), tratamiento por consumo de sustancias/drogas (Código de Familia §6929) y pruebas de VIH. **Para los registros de atención a la que un menor consintió legalmente por su cuenta, el menor — no el padre/madre o tutor — debe firmar esta autorización, y un padre/madre o tutor generalmente no puede autorizar la divulgación de esos registros.** Si esto aplica a su caso, consúltenos antes de completar el formulario.

Copia. Tengo derecho a una copia de esta autorización firmada.

8. Firma

Aviso de California (CMIA, Código Civil §56.11): Esta autorización está separada de cualquier otro texto en esta página, y la firma a continuación no tiene otro propósito que el de ejecutar esta autorización. (Vea la nota de producción en la parte superior de este formulario: el formulario final debe estar en un tipo de letra no menor a 14 puntos.)

He leído y entiendo esta autorización. La firmo voluntariamente.

Este formulario lo firma el paciente O, si el paciente no puede firmar, el representante personal, padre/madre o tutor del paciente. Si usted firma como una persona distinta del paciente, complete la línea "Autoridad para actuar" a continuación.

Firma:	_____
Nombre (en letra de molde):	_____
Fecha:	__ / __ / __
Firmo en calidad de (marque una):	☐ El paciente ☐ El representante personal / padre/madre / tutor del paciente
Si no es el paciente — mi autoridad para actuar (describa):	_____

(p. ej., padre/madre, tutor legal, curador, agente bajo un poder notarial para atención médica)	
---	--

(Recordatorio: si firma en nombre de un menor, lea primero "Menores y atención con autoconsentimiento" en la Sección 7. El consultorio puede exigir prueba de su autoridad legal antes de divulgar los registros.)

Solo Uso de la Oficina — Administrativo (no forma parte de la autorización del paciente)

Esta sección es para uso del consultorio y está separada de la autorización anterior. Complete esta página después de que el paciente haya firmado.

Recibido por:	____ Fecha: / / ____
Identidad del paciente verificada:	☐ Sí ☐ No Método: ____
Autoridad del representante verificada (si aplica):	☐ Sí ☐ No ☐ N/A Documento visto: ____
Copia entregada al paciente:	☐ Sí ☐ No
Archivado en el expediente por:	____ Fecha: / / ____

Steve Truman DDS Inc (D Street Dental) · 1099 D Street, San Rafael, CA 94901 · (510) 883-3011 · Oficial de Privacidad: Dr. Steve Truman · Fecha/versión del formulario: [fecha]